

病名	19 フィブロネクチン腎症										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村				
現在の身長・体重		身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI			
			年 月 日				年 月 日			肥満度	%		
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg											
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]											
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり] 感冒時肉眼的血尿：[なし ・ あり]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg											
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]											
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり] 感冒時肉眼的血尿：[なし ・ あり]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：()個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施											
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清シスタチンC：()mg/L ・ 未実施 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施											
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) IST-4 (血漿性・細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] IST-9 (細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見 (その他)：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号

37

慢性腎疾患

(

)

年度

小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

2/2

検査所見（申請時）※直近の状況を記載

尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿中蛋白量：()mg/dL	赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：()	蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施
血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL C3：()mg/dL	血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 抗核抗体：()倍・未実施	BUN：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	()
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	()
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] IST-4（血漿性・細胞性フィブロネクチン）免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] IST-9（細胞性フィブロネクチン）免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見（その他）：()	実施日：()年()月()日	()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：()年()月()日	所見：()	()
検査所見（その他）	検査所見（その他）：()		()
その他の所見（申請時）※直近の状況を記載			
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()		()
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()		()
経過（申請時）※直近の状況を記載			
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいえ ・ はい]	経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]	
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]	導入年月：()年()月()日 導入年月：()年()月()日	
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]	実施日：()年()月()日 生体腎移植：[なし ・ あり]	腎移植後原疾患の再発：[なし ・ あり]
治療	治療（その他）：()		()
今後の治療方針	今後の治療方針：()		()
	治療見込み期間（入院） 開始日：()年()月()日 終了日：()年()月()日 治療見込み期間（外来） 開始日：()年()月()日 終了日：()年()月()日	通院頻度 ()回／月	
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E]	成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]	
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名 医療機関住所		記載年月日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	年 月 日 (印)